FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N° 244

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alain GUIRIEC

Né le 16 Avril 1931, à Hanoï (Tonkin)

Présentée et soutenue publiquement le 16 mars 1962

SUR UN CAS DE TUMEUR VILLEUSE DE L'ESTOMAC

QUE FAUT-IL PENSER DES TUMEURS VILLEUSES GASTRIQUES BENIGNES ?

Président : M. Ch. DEBRAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alain GUIRIEC

Né le 16 Avril 1931, à Hanoï (Tonkin)

Présentée et soutenue publiquement le 16 mars 1962

SUR UN CAS DE TUMEUR VILLEUSE DE L'ESTOMAC

QUE FAUT-IL PENSER DES TUMEURS VILLEUSES GASTRIQUES BENIGNES ?

Président : M. Ch. DEBRAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) .. .. Redon (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) .. .. Soulié (P.)
Cliniques chirurgicales :
Beaujon : Lortat-Jacob (J.-L.) — *Cochin* : Léger (L.), Aboulker (P.) — *Hôtel-Dieu* : Patel (J.) — *Pitié* : Cordier (G.) — *Saint-Antoine* : Gosset (J.) — *Salpêtrière* : Sicard (A.) — *Tenon* : Olivier (Cl.).
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades) .. .. Fèvre (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin) Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) .. Gaudart d'Allaines (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) .. Mathey (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié) .. .. Decourt (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) .. Lamy (M.)
Clinique gynécologique (Broca) .. .. Huguier (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis) Degos (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) Cathala (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) . Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) .. .. Delay (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) .. .. Hamburger (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) .. .. .. Marchal (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) Castaigne (P.)
Cliniques médicales :
Boucicaut : Milliez (P.) — *Broussais* : Lenègre (J.) — *Cochin* : Justin-Besançon (L.), Brouet (G.) — *Hôtel-Dieu* : Bariéty (M.) — *Lariboisière* : Sèze (S. de) — *Pitié* : Dreyfus (G.) — *Saint-Antoine* : Kourilsky (R.).
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) .. Debray (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) .. .. Gennes (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) .. .. Dérot (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) .. .. David (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) .. .. Garcin (R.)
Cliniques obstétricales :
Baudelocque : Lacomme (M.) — *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) . Varangot (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) .. .. .. Renard (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . .. Aubry (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) .. .. Lelong (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) .. Marie (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) .. .. Bernard (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .Michaux (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) Coste (F.)
Clinique stomatologique (Pitié) .. .. Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) .. Roux (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ... Lemaire (A.)
Clinique toxicologique .. .. Gaultier (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique Padovani (P.)
Séméiologie médicale .. .. Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales .. .. Poilleux (F.)
Clinique urologique (Necker) .. .. Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) Turpin (R.)

b) Professeurs a titre personnel :

Médecine .. .. Bour (H.), Lhermitte (F.), Pequignot (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :
MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :
Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.* ; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.* ; NEZELOFF (Ch.) ; ORCEL (L.) ; PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :
MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :
MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.* ; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :
MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.* ; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :
MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :
MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B).

Electro-Radiologie :
M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :
MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :
MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.* ; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :
MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :
MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.* ; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :
MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.* ; DUPONT (V.).

Médecine légale :
MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISET (B.).

Neurologie : M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :
MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie :
MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :
MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :
MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :
MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :
MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. DE); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :
MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LŒPER (J.), *pr. s. ch.* ; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :
MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÈQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :
MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :
MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie :
MM. Barres (G.); Dejours (P.), *pr. s. ch.* ; Durand (J.); Girard *m. conf.* ; Hugelin (A.); Scherrer (J.).

Physique médicale :
MM. Chanteur (J.); Gougerot (L.), *m. conf., pr. s. ch.* ; Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-Cl.); Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
MM. Kreis (B.); Meyer (A.); Renault (P.).

Psychiatrie : M. Pichot (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. Deniker (P.); Duche (D.); Flavigny (H.).

Rhumatologie : M. Delbarre (F.). *pr. s. ch.*

Stomatologie :
MM. Cernea (P.); Mme Chaput (A.), *m. c. agr.* ; M. Grellet (M.).

Thérapeutique :
MM. Chassagne (P.); Marche (J.).

Urologie :
MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. Debeyre (J.).

Clinique chirurgicale : Verne (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. Perrault (M.); Rambert (P.); Thieffry (S.).

Clinique obstétricale :
MM. Grasset (J.); Mayer (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. Desvignes (P.); Offret (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. Laplane (R.).

Clinique psychiatrique : M. Baruk (H.).

Clinique urologique : M. Kuss (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. Hauduroy (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. Rudler (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. Lena (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle Chaintreuil (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur Hahn (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlle Laurent (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FAMILLE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Ch. DEBRAY

Professeur de Clinique Médicale, d'Hydrologie
thérapeutique et climatologie
Médecin de l'Hôpital Bichat

En témoignage de reconnaissance
pour avoir accepté la présidence
de cette thèse et pour les conseils
qu'il a bien voulu nous donner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MEHAUT
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Membre de la Société de Gastro-Entérologie

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, et qui nous a
fourni l'observation originale.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE LOYGUE
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE LAUMONNIER
de Rouen

A MONSIEUR LE DOCTEUR Etienne MARTIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBRAY-VAUTRIN de Dieppe

pour les observations qu'ils
nous ont fourni.

A MES MAITRES

A TOUS MES AMIS,

SUR UN CAS DE TUMEUR VILLEUSE DE L'ESTOMAC

(Que faut-il penser des tumeurs villeuses gastriques bénignes ?)

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Après la première description de ROKITANSKI (1861); c'est seulement en 1936 que sont individualisées par Messieurs CAIN, BRULE, HILLEMAND, MOULONGUET et AUBRUN, les tumeurs villeuses de l'estomac, dont la première étude complète a été faite par MARRE, dans sa thèse en 1941.

Certains caractères, tant cliniques que nosologiques, de cette néoformation rare ayant depuis plus particulièrement attiré l'attention, nous nous proposons ici, à la faveur d'un cas personnel présenté aux confrontations radio-anatomo-cliniques de l'Hôpital Vaugirard (PARIS) et publié dans la Presse Médicale sous les signatures des Docteurs M. MEHAUT et J.P. SEBILLOTTE, de revenir sur certaines particularités cliniques, en abordant plus particulièrement la question très controversée des tumeurs villeuses bénignes. Nous avons pour ceci réuni quelques observations dont la plupart sont déjà connues, mais dont l'étude comparative nous a paru des plus intéressantes. Précisons que ces observations sont souvent très récentes.

Sans avoir la prétention de placer immédiatement les tumeurs villeuses gastriques dans un cadre nosologique définitif, nous espérons apporter des arguments en faveur de l'unicité de ces néoplasies, en prenant ce terme dans un sens large, et par là fournir des indications sur le geste thérapeutique à adopter.

Nous commencerons donc par présenter notre observation personnelle qui sera suivie par l'exposé des observations parues

depuis la guerre, dans l'ordre chronologique. Puis nous aborderons l'étude générale des tumeurs villeuses, du point de vue anatomique, clinique et radiologique, en essayant de mettre en évidence les caractères distinctifs entre tumeurs malignes et tumeurs bénignes. Nous traiterons enfin du problème essentiel, celui du pronostic et des indications thérapeutiques.

-:-:-:-

OBSERVATION I

-:-:-:-:-:-:-:-

Confrontations Radio-Anatomo-Cliniques de Vaugirard.
M. MEHAUT et J.P. SEBILLOTTE "Tumeur villeuse gastrique en nappe"
Presse Médicale du 8 Avril 1961 N° 17

Madame H... M.L. 57 ans, sans profession, nous est adressée une première fois en 1955 pour des douleurs sacro-lombaires. Nous la réexaminons ensuite en Juillet 1958 pour les mêmes troubles. Entre temps elle avait été vue par le Professeur SICARD à Paris, par le Docteur CLAISSE à Valenciennes et hospitalisée à Nancy, où on l'aurait traitée par des séances d'élongation vertébrale pour hernie discale, sans succès. Nous proposons à la malade de rentrer dans notre service hospitalier de Charleville pour un nouveau bilan.

Une première surprise nous y attend : la découverte d'une sérologie syphilitique positive franche. Comme il existe sur la face postérieure du sacrum une douleur exquise et une zone d'oedème local, que d'autre part la malade se plaint de dysurie, de petites incontinences, de mictions impérieuses, nous reprenons un bilan radiologique non probant - pas de gomme ou d'ostéite syphilitique - nous faisons une ponction lombaire : le liquide céphalo-rachidien est normal, la réaction de BORDET WASSERMAN y est négative.

Mais la malade, qui fut opérée vers les années 1930 de gastro-entérostomie pour ulcus, souligne qu'elle ne souffrait

plus de l'estomac jusqu'en Février 1958. Elle fit alors un épisode d'intolérance gastrique, avec douleurs, vomissements et brûlures, déclanché par le Palfium administré pour soulager ses lombo-sacralgies; il s'étala sur 15 jours et laissa derrière lui des crampes et des brûlures gastriques. Elle précisa avoir maigri progressivement de 63 à 51 kg dans les dernières années. Enfin elle nous présenta les résultats d'une numération formule sanguine de Juin 1958 : 3.150.000 hématies avec une valeur globulaire de 0,90, une formule blanche normale. Un mois plus tard, après un traitement antianémique, on constata une amélioration incomplète :

- 3.940.000 hématies
- valeur globulaire à 0,70
- vitesse de sédimentation 6/16/105.

Les examens physique et neurologique restent dans l'ensemble normaux. Hormis les signes fonctionnels et les signes locaux de lombo-sacralgie. On note toutefois une sensibilité abdominale très vive et mal systématisée, épigastrique, médiane et droite, colique, plexalgique. Elle est d'interprétation difficile chez cette malade à l'état général déficient, qui souffre depuis longtemps et donne des signes d'épuisement névropathique.

Les douleurs gastriques, l'amaigrissement, l'anémie nous conduisent à demander des radiographies gastriques (Docteur SEBILLOTTE - 11 Août 1958) :

"Gastroentérostomie assez haute et assez à gauche, semblant fonctionnelle. Petite hernie diaphragmatique."

Il existe une infiltration constante de la région antrale, prédominant dans la région prépylorique : cette région est effilée en pain de sucre. Sur la grande courbure prépylorique, on note une double lacune séparée par un éperon, puis un drapé sur plusieurs centimètres. Sur la petite courbure pré pylorique, zone d'enraidissement encastré, arciforme.

Les sériographies sous compression ne permettent pas de retrouver le relief muqueux normal. Images lacunaires marécageuses de l'antre. Mais il n'y a pas de rigidité vraie, et quelques contractions péristaltiques demeurent partiellement efficaces.

*

* *

Notre conduite fut la suivante : traitement antalgique par infiltrations locales dans la région sacrée : séries d'injections intra-musculaires quotidiennes de 1 million d'unités de pénicilline, et d'oxyferriscorbone sodique, pendant 21 jours.

- Le 15 Septembre 1958 : radiographies gastriques après test thérapeutique : l'aspect cette fois est celui d'une amputation totale de l'antre. La région pylorique, le squelette bulbaire sont invisibles. Il existe une sorte de bourrelet large se superposant à la zone du fer à cheval antral, puis une courte zone marécageuse un peu tronconique : dégénérescence probable.

*

* *

La malade est alors adressée au chirurgien :

Docteur POINTEAU (29 Septembre 1958) "Dégastrostomie avec résection du jéjunum et assez large gastrectomie des deux tiers, pour une tumeur molle, infiltrant la région antrale sans adénopathie palpable."

A l'ouverture de la pièce, tumeur végétante et infiltrante débutant à un centimètre cinq environ du pylore, sous la forme d'une saillie en manchon, tapissant toute la portion horizontale de l'estomac, jusqu'à un peu en aval de la bouche de gastro-entérostomie. Il n'y a pas de ce côté de limite nette et saillante. Tuméfaction mollasse, nulle part indurée, ni saignante ni ulcérée, semblant respecter et soulever la muqueuse. Aspect chevelu assez fin dans la région pré-pylorique, ondulations et bosselures en amont.

Un petit fragment de tumeur est envoyé par le Docteur POINTEAU au Docteur DUPERRAT, dont voici le compte-rendu d'examen histologique :

"Il s'agit d'un épithélioma papillaire végétant de l'estomac. Les boyaux néoplasiques sont développés au sein d'un stroma grêle et inflammatoire. On y décèle des mitoses et des cellules monstrueuses".

Après photographie de la pièce anatomique, nous prélevons de larges fragments de la tumeur, en lambeaux, que nous adressons à notre histologiste habituel, le Docteur TOURNEUR :

"L'étude histologique de ce prélèvement sur pièce de gastrectomie montre qu'il s'agit d'une large tumeur saillante, dont le développement est entièrement superficiel par rapport à la musculaire muqueuse. La surface est polylobée, entéroïde, mucipare ou dédifférenciée, et alors d'architecture vitreuse, bordée d'éléments de type cylindrique en couche unique, sans désordre cytologique. La zone profonde comporte des tubes différenciés et kystiques, avec des glandes de type dit pylorique.

En conclusion : c'est l'aspect d'une tumeur villeuse gastrique en nappe. Elle n'a pas de caractère épithéliomateux" (PARIS le 9 Octobre 1958).

*

* *

La malade est revue le 6 Décembre 1958 : Bon appétit, aucun trouble digestif, reprise de 3 kilogrammes.

4.450.000 hématies avec une valeur globulaire à 0,91.

La sérologie ne s'est pas négativée.

Le 26 Mars 1959, l'amélioration s'est poursuivie, le poids a encore augmenté de 2 kilogrammes. La numération formule sanguine est satisfaisante. Une recto-sigmoïdoscopie de contrôle ne montre pas de prolifération villeuse, jusqu'au delà de 25 centimètres.

*

* *

EN RESUME - Découverte d'une sérologie positive chez une malade suivie et traitée pour lombo-sacralgie. Amaigrissement, anémie,

douleurs gastriques et troubles digestifs conduisent à mettre en évidence sur les radiographies une infiltration suspecte de l'antre, chez une malade ayant subi en 1930 une gastro-entérostomie pour ulcère. Dégastrogastrectomie et découverte d'une tumeur villeuse. Suites satisfaisantes.

*
* *

La publication ne suit pas la malade au-delà du 26 mars 1959, mais le Docteur MEHAUT a eu l'occasion de la revoir depuis. Voici dans quelles conditions :

La malade revient consulter le 18 Novembre 1960, et l'on constate alors une éventration sus ombilicale. Elle est donc réhospitalisée le 22 Novembre 1960, et l'examen clinique ne permet alors pas de mettre en évidence une symptomatologie plus marquée. Les examens para cliniques montrent 5.290.000 hématies, avec une valeur globulaire à 0,89.

Enfin pour la première fois, la réaction de BORDET WASSERMAN est négative.

De nouvelles radiographies sont pratiquées le 26 Novembre 1960 par le Docteur SEBILLOTTE.

"Le moignon est plus souple que précédemment. C'est surtout net à la radioscopie. Il persiste de fines images irrégulières au niveau du moignon. La mobilité de la bouche d'anastomose parait diminuée, mais peut être est-ce dû à la compression pratiquée."

Gastroscopie de contrôle le 28 Novembre 1960, par le Docteur MEHAUT :

"La partie supérieure du moignon gastrique est normale, sans atrophie. Il existe juste au-dessous de la bouche d'anastomose, qui elle-même paraît saine, une plage de 6 à 8 centimètres carrés, nettement plus rouge, en relief, un peu bourgeonnante, luisante. Elle se situe vers la face antérieure, versant petite courbure. Il existe une ou deux plages anormales, d'aspect semblable, vers la face postérieure.

En conclusion : grosse probabilité d'une récidive de la tumeur villeuse".

La malade subit alors une gastrectomie totale, la pièce entière étant envoyée au Docteur TOURNEUR pour examen anatomo-pathologique (19 Décembre 1960).

"Récidive de tumeur villeuse. L'étude de cette pièce totale d'anastomose gastro jéjunale montre en effet une activité proliférative adéno-villeuse, de même type mais moins intense que celle observée en Octobre 1958. On trouve dans le tissu cicatriciel des éléments glanduliformes dans la musculaire muqueuse, mais sans désordres cytologiques notables. On doit noter que ces constatations sont faites dans un tissu de cicatrisation, en voie d'anastomose.

En conclusion, c'est bien une récidive locale, confirmant la notion de diffusion en nappe préalablement observée. Il ne semble pas que l'on puisse parler d'évolution carcinomateuse".

Malheureusement la malade ne paraît pas supporter très bien sa gastrectomie totale. A sa sortie de l'Hôpital, le 17 Mars 1961, elle pèse 41 kilogrammes 500 contre 52 à l'entrée en Novembre 1960.

Elle se plaint de douleurs épigastriques à type de spasmes et de torsion, survenant à la fin des repas, avec bouffée d'hypersialorrhée. L'épigastre est sensible, le colon douloureux.

Il n'y a pas d'anémie.

Enfin, elle souffre toujours de ses douleurs sacro-lombaires !

*

* *

Etant donné l'évolution fâcheuse du point de vue métabolique, la malade est hospitalisée à l'Hôpital Pichat dans le Service du Professeur Charles DEBRAY le 25 Juillet 1961. Elle est alors confiée pour soins diététiques au Service du Docteur TREMOLLIERES. Elle en sort le 22 Septembre 1961, ayant repris quelques kilogrammes.

*

* *

Voici donc une observation de tumeur villeuse gastrique suivie pendant assez longtemps. Elle présente beaucoup de caractères que l'on attribue classiquement à cette affection, mais non la totalité, ainsi que nous le verrons par la suite. Il est d'ailleurs remarquable de noter qu'il existe un grand polymorphisme clinique, rendant impossible la création d'un syndrôme

"tumeurs villeuses gastriques". Nous verrons également combien il est difficile d'affirmer la nature histologiquement bénigne ou maligne de ces tumeurs, dans certains cas limités.

*
* *

OBSERVATIONS

Nous ne présenterons d'observations résumées que parmi celles qui sont postérieures à la guerre. Cependant nous inclurons dans quelques tableaux synoptiques les particularités essentielles de toutes les tumeurs villeuses qui nous sont connues, pour essayer d'en tirer quelques résultats statistiques. Nous observerons l'ordre chronologique, ayant été frappés par le fait que les observations de tumeurs villeuses gastriques bénignes sont récentes.

OBSERVATION I - RICHET-BUTRON-MORIN et REY "A propos d'un cancer villeux de l'estomac"

Archives des maladies de l'appareil digestif - Tome 35; 231-233 1946.

Homme 57 ans.

A/ - Clinique - Début 1 mois auparavant par des douleurs épigastriques atypiques simulant ensuite un syndrôme ulcéreux, assez nettement

Anorexie récente

Selles normales

Etat général conservé

L'examen physique est normal, et il n'y a pas d'anémie, même à la numération formule sanguine.

B/ - Radiologie

Lacune de la partie supérieure du corps gastrique, de la taille d'une orange d'après sa surface.

Aspect radiologique de tumeur bénigne.

C/ - Anatomie pathologique

- Macroscopiquement :

tumeur grosse comme le poing.

Siègeant presque dans la grosse tubérosité, d'aspect cérébriforme pédiculée et molle (pédicule étroit et souple).

La paroi gastrique n'est pas indurée.

Quelques ganglions semblant banaux.

On note sur la tumeur quelques zones de sphacèle.

- Histologique : (Professeur DELARUE)

"Epithélioma villeux de métaplasie intestinal"

D/ - Traitement gastrectomie large

OBSERVATION II -

A. MOUCHET, Ch. DEBRAY, B. DUPERRAT

"Tumeur villeuse bénigne chez un sujet porteur d'un néoplasme médio-gastrique".

Archives des maladies de l'appareil digestif.

Tome 38-1949; 266-273.

Homme 69 ans.

A/ - Clinique : Il présente depuis 3 ans quelques courtes crises douloureuses épigastriques, à type de spasmes, de serrements. Ces crises, maintenant beaucoup plus nettes, surviennent sur un fond de douleur continue.

L'examen physique est normal.

L'état général est conservé, bien qu'il y ait une déshydratation nette.

Il n'y a pas de signes d'anémie.

Enfin, le fait nouveau est l'apparition d'une gêne nettement localisée de siège rétro-xyphoïdien, au passage des aliments.

B/ - Radiographie

1 - Volumineuse lacune de la partie verticale de la grande courbure.

2 - Masse sous cardiale arrondie, régulière, pour laquelle on pose un diagnostic de tumeur bénigne.

C/ - Gastroscopie

Elle confirme le diagnostic de néoplasme médio gastrique presque circulaire, mais ne permet pas de voir la tumeur haute.

D/ - Anatomie pathologique

Aspect macroscopique

Enorme néoplasme médiogastrique faisant presque le tour du corps de l'estomac. N'envahissant pas la région sous cardiale, où l'on note une tumeur villeuse de la taille d'une noix, molle, friable, d'aspect cérébriforme. Cette tumeur est sessile.

Enfin il y a un ganglion de la petite courbure et des adhérences au niveau du méso colon transverse.

Histologie (Professeur DUPERRAT)

1 - Le néoplasme est un cancer végétant et infiltrant, parsemé de quelques taches nécrotiques, et présentant une triple architecture.

- Plages différenciées de structure glanduliforme.
- ailleurs , larges coulées cellulaires indifférenciées, avec mitoses
- à la périphérie, boyaux paucicellulaires ou cellules disséminées. Il n'y a aucune structure villeuse.

2 - La tumeur villeuse, totalement différente, est faite de franges flexueuses, dont l'axe est centré par un capillaire dilaté et dont les parois sont tapissées d'une seule assise de cellules cylindriques hautes, non secrétantes, à noyaux basophiles. C'est un aspect typique de tumeur villeuse de nature bénigne.

3 - Le ganglion est indemne.

E/ - <u>Traitement</u>

Gastrectomie totale, en élevant le pied de l'oesophage, et une partie du mésocolon transverse.

OBSERVATION III - Paul BERT (Gand)

"Un cas de tumeur d'aspect villeux de l'estomac"

Acta Chirurgica Belga 1950 - Tome 49; 902-905.

Homme 67 ans.

A/ - Clinique - Début il y a plusieurs mois avec :

Asthénie

pâleur extrême et meloena

évidents lors de l'examen.

Il n'y a pas de signes digestifs.

Pas d'amaigrissement.

L'examen physique est normal.

B/ - Radiographie, met en évidence une formation tumorale d'aspect polypeux, de la région bulbaire.

C/ - Anatomie pathologique

Grosse masse molle, pédiculée, située à la face postérieure de l'antre pré pylorique.

Il n'y a ni adénopathie, ni adhérence.

Histologie : (Professeur GOORMAGHTIGH)

"La tumeur ressemble à un polype rectal. L'épithélium de revêtement est d'un type unicellulaire, à cellules cylindriques hautes, dont certaines secrètent du mucus".

D/ - Traitement

Résection simple de la tumeur.

OBSERVATION IV - L. WALK

"Tumeurs villeuses de l'estomac. Revue clinique et rapport de deux cas".

American Medical Association of Internal Medicine. 1951 tome 87; 560-569.

1er cas - Homme 62 ans.

A/ - Clinique

Quelques rares troubles digestifs, anciens. Anémie connue depuis l'âge de 45 ans, qui s'est nettement accentuée. Il y a un meloena occulte.

4.400.000 hématies, teneur en Hémoglobine 88 %

Le tubage montre une achylie.

B/ - Radiographie

Met en évidence une tumeur polypeuse pédiculée de l'antre, de neuf centimètres sur cinq.

C/ - Anatomie pathologique

- Aspect macroscopique :

Grosse tumeur en chou-fleur, de consistance très douce, implantée par un pédicule assez étroit, siégeant au niveau de l'antre.

La paroi est souple, pas d'adénopathie.

- Histologie :

"Papillome" présentant des formations irrégulières, glanduliformes en certaines zones. Structure pré cancéreuse par places.

Il n'y a pas d'infiltration de la paroi.

D/ - Traitement

Gastrectomie partielle.

OBSERVATION V - L. WALK - ouvrage cité.

2ème cas - Femme de 69 ans

A/ - Clinique - Hospitalisée pour une cardiopathie ancienne, traitée par la digitaline depuis 20 ans. Depuis dix à quinze ans, elle présente quelques selles liquides.

Amaigrissement de 5 kilogrammes en 6 mois, mais la malade s'est mise elle-même à une diète sévère.

Il n'y a pas de symptomatologie gastrique.

L'examen physique est normal 4.100.000 hématies avec une teneur en hémoglobine de 78 %.

B/ - Radiographies

Formation polypeuse de l'aire pré pylorique de 4 centimètres sur cinq, implantée par un pédicule étroit, et se projetant dans le bulbe duodénal dilaté.

C/ - Anatomie pathologique

- Aspect macroscopique :

Tumeur grosse comme un oeuf, molle, douce, pédiculée, s'invaginant dans le duodénum. Aspect en chou-fleur.

La paroi gastrique est souple.

- Histologie :

Début de dégénérescence en certaines zones.

- Paroi non infiltrée.

D/ - Traitement

Gastrectomie partielle.

OBSERVATION VI - L. LEGER et F. KANONI

"Tumeur villeuse de l'estomac"

(Le dilemne des tumeurs pédiculées du tractus digestif) Archives des maladies de l'appareil digestif - 1953 - T. 42; 1040-1045.

Homme de 61 ans.

A/ - Clinique - Présente depuis 6 mois un syndrome pseudo ulcéreux typique, avec crampes post prandiales survenant 4 à 5 heures après les repas, parfois de paroxysmes nocturnes, calmées par l'alimentation.

Anorexie, amaigrissement, vertiges.

Anémie évidente avec un taux d'hématie à 2.500.000.

Le malade vient consulter parce qu'il pense souffrir d'une intoxication chronique à l'oxyde de carbone.

B/ - Radiologie

Celle-ci met en évidence une énorme lacune du segment vertical du corps de l'estomac. Lacune polylobée à bords nets.

On pense à une tumeur bénigne.

C/ - Anatomie pathologique

- Aspect macroscopique :

Tumeur pédiculée, de la taille d'une orange, molle, siègeant sur la face postérieure du corps gastrique, de couleur noirâtre.

La paroi est souple, pas d'adénopathie.

- Histologie :

Des plages d'épithélium villeux voisinent avec des zones d'adénome pur.

Le pédicule n'est pas envahi et la musculeuse est intacte.

D/ - Traitement

Exérèse localisée, par suite du mauvais état général du malade.

OBSERVATION VII - Cette observation comme la suivante est due à l'obligeance du Professeur Agrégé LOYGUE, que nous remercions.

1er cas - Madame D... Jeanne, hospitalisée dans le Service du Docteur HILLEMAND à l'Hôpital Tenon (1954) 61 ans.

A/ - Clinique

Cette malade, chez qui on trouve une hernie de l'hiatus oesophagien, ne présente aucun trouble fonctionnel.

Elle est hospitalisée en raison d'une anémie très importante.

B/ - Radiologie

Celle-ci amène à découvrir une tumeur prépylorique pédiculée, s'invaginant dans le duodénum à travers le pylore.

C/ - Anatomie pathologique

- Aspect macroscopique :

Tumeur d'aspect villeux tant à la palpation qu'à la vue, fixée par un pédicule étroit et très mobile, friable et saignant facilement.

- Histologie :

Adénome brunnerien papillaire, avec quelques aspects indifférenciés des glandes néoformées. Importante infiltration

lympho-plasmocytaire du strome. Racine difficile à repérer sur les coupes.

D/ - Traitement

Résection segmentaire simple, par suite de l'embonpoint et du mauvais état général de la malade, hypertendue et anémiée (Professeur Agrégé LOYGUE le 17 Mars 1954).

OBSERVATION VIII - Deuxième cas du Professeur Agrégé LOYGUE (1955)

Madame J... Hélène, 63 ans, entre à la clinique Bizet, où elle est vue par les Docteurs CARRIE et GODIN.

A/ - Clinique

Entre pour hématémèse, avec anémie.

Malade très obèse.

Il n'y a pas d'antécédents digestifs notables.

B/ - Radiologie

Grosse tumeur occupant la grosse tubérosité, implantée par un pédicule court, haut sur l'estomac.

C/ - Anatomie pathologique

Tumeur du volume d'un oeuf, fixée par un pédicule très court sur la grosse tubérosité, à sa face postérieure. Cette tumeur, saignant très facilement à un aspect villeux évident.

Histologie :

Lors de l'intervention, un examen extemporané semble pouvoir affirmer la bénignité. Ceci est confirmé par l'examen histologique de la pièce opératoire, par le Docteur TOURNEUR :

"Cette tumeur gastrique a partout un aspect histologique semblable. Il s'agit d'arborisation conjonctivo-vasculaire

primaire et secondaire, toutes revêtues d'un épithélium cylindrique mucipare et non stratifié. Il n'y a pas d'irrégularités nucléaires ; les mitoses sont assez nombreuses. Le particularité majeure de cette tumeur villeuse gastrique est l'hyperhemie intense de son chorion, et surtout sa très grande richesse en éléments leucocytaires, lymphocytes, plasmocytes et surtout polynucléaires.

En conclusion, c'est l'aspect histologique d'une tumeur villeuse gastrique, sans caractère de malignité, modifiée par d'importants troubles circulatoires accompagnées d'inflammation intense du "chorion".

D/ - Traitement

Etant donné le caractère histologiquement bénin, et les grandes difficultés d'accès à cette lésion très postérieure et haute située, on se contente d'une ablation intra gastrique de la tumeur avec sa collerette pariétale après gastrostomie antérieure (5 Avril 1955).

E/ - Suites lointaines

Cette malade a été réopérée en 1960 par le Professeur Agrégé LOYGUE, soit six ans après la première intervention, et l'on a alors trouvé des métastases diffuses.

OBSERVATION IX - E. NEGRE - GOUDART - J. VERNHET

"Tumeur villeuse gastrique bénigne".

Compte rendu de la séance du 14 Janvier 1955 de la Société Chirurgicale de Montpellier dans le "Montpellier Chirurgical" Tome 56.

Femme de 64 ans.

A/ - Clinique - Début il y a 8 mois par des signes généraux mais progressifs :

- Asthénie profonde sans amaigrissement
- Pâleur remarquée par l'entourage
- Il n'y a ni anorexie, ni troubles fonctionnels digestifs, mais la malade aurait souvent noté des selles noires.
- Parfois, quelques poussées thermiques à 39, durant 3 à 4 jours.

Enfin l'examen physique est normal.

Le traitement antianémique classique ne donne pas de résultat.

En Novembre 1954 :

3.800.000 globules rouges

100.000 leucocytes, mais le myélogramme ne révèle qu'une intense activité de régénération cellulaire.

B/ - Radiologie (Professeur LAMARQUE)

"Image lacunaire de la partie verticale du corps gastrique, à quelques centimètres en dessous du cardia, occupant une grande partie de la grosse tubérosité; ses contours sont irréguliers, d'aspect frangé. Les parois gastriques ne sont pas altérées, leur mobilité est normale.

C/ - Gastroscopie (Docteur GOUDANT, le 8 Décembre 1954)

Faite avec l'appareil O.P.L., elle montre une volumineuse tumeur végétante de la face postérieure de l'estomac un peu en-dessous de la poche à air et s'étendant presqu'au delà

de la grande courbure. Elle saigne un peu au contact. L'estomac contient une grande quantité de liquide, des glaires teintées de sang.

La gastrobiopsie étant impossible, on pose l'indication opératoire sur le diagnostic de cancer végétant.

D/ - Anatomie pathologique

- Aspect macroscopique :

A l'intervention l'estomac est souple, il n'y a ni adhérence, ni adénopathie.

La tumeur grosse comme une orange est molle et très mobile. De teinte rouge sombre, d'aspect chevelu, velvétique en "anémone de mer", elle s'insère sur la face postérieure de l'estomac, à 2 centimètres en dessous du cardia, par un pédicule étroit, long de 3 centimètres sur la paroi. Celle-ci est souple à son contact.

- Histologiquement :

Il s'agit d'une "tumeur villeuse typique", à strona très vasculaire, parfois angiomateux ne présentant pas de signes de dégénérescence maligne.

Les auteurs précisent que l'examen histologique a porté sur des coupes en série de toute la tumeur, y compris son pédicule et la paroi.

E/ - Traitement

Résection simple autour du pédicule, en passant dans la paroi musculaire, et à 2 centimètres de la base d'implantation.

On enlève en même temps une énorme vésicule biliaire.

OBSERVATION X - GOUDART, NEGRE et LOUBATIERES

"Tumeur villeuse en voie de dégénérescence étroitement localisée".

Archives des maladies de l'appareil digestif 1957 - tome 46 - N° 1 et 2 pages 36-43.

Homme de 60 ans, vu le 20 Juillet 1955 par le Docteur GOUDART.

A/ - Clinique

Anorexie relative depuis le mois de Mars, avec amaigrissement de 6 kilogrammes.

Le seul signe digestif est une impression presque constante d'estomac vide, depuis avril 1955.

L'examen physique est normal.

Un hémogramme fait alors montre :

- 3.7 50.000 hématies avec une valeur globulaire à 1,08
- 5.200 leucocytes.

B/ - Radiologie

On voit dès le début de la réplétion, une très grosse image lacunaire, siégeant sur les deux tiers inférieurs de la portion verticale du corps de l'estomac. Cette image, constituée de masses polylobées réapparait très nettement sous compression. Elle semble devoir se rattacher à deux tumeurs superposées, relativement mobiles. Elle déborde sur la petite courbure dont le bord semble intact. Les contractions de la région antro-pylorique et la vidange gastrique sont normales.

Tout ceci évoque donc une tumeur bénigne de l'estomac.

C/ - Gastroscopie - (Docteur GOUDART)

Faite le 28 Juillet 1955 avec le gastroscope opératoire de BENEDICT.

La grosse tubérosité semble normale. Immédiatement en dessous d'elle, on voit une grosse masse de teinte grise-rosée, multilobée, en chou-fleur, paraissant remplir tout le corps gastrique. Les bourgeons proximaux, coraliformes et à la surface irrégulière, sont recouverts par place d'un exsudat créneux. La tumeur est implantée sur la face postérieure.

Sur une grosse digitation existe une surface plane de teinte plus terne, arrondie irrégulièrement, de 2 centimètres cinq de diamètre. Elle est parsemée de petites ulcérations saignotantes.

Une biopsie à la pince coupante est faite en cette zone, montrant un début de dégénérescence.

D/ - Anatomie pathologique

- Aspect macroscopique

A l'intervention on localise facilement les deux masses.

La tumeur supérieure, molle, grosse comme une orange, s'implante sur la face postérieure de l'estomac par un large pédicule. En dessous d'elle, on perçoit une autre tumeur de la taille d'une grosse amande semblant enchâssée dans la paroi. Enfin il y a de nombreux ganglions fermes dans les chaines coronaires et gastro épiploïques.

La grosse tumeur haute située a un aspect en chou-fleur, avec une petite zone nécrotique localisée, de la taille d'une pièce de dix francs. La masse inférieure a un aspect muriforme.

- Histologie (Docteur LOUBATIERES)

La grande tumeur proximale étudiée sur de nombreuses coupes, est faite d'axes conjonctivo-vasculaires recouverts d'une muqueuse cylindrique.

Au niveau de la zone de nécrose, cette architecture est détruite. A la périphérie de cette zone la muqueuse est en voie de dégénérescence : anomalies cellulaires avec monstruosités nucléaires et mitoses atypiques. Le strona est le siège d'une très importante infiltration granulo-histio-plasmocytaire.

La musculaire musculeuse n'est pas atteinte.

Il n'y a pas d'argentophilie spéciale des cellules tumorales.

Il s'agit d'un polype villeux de l'estomac en voie de dégénérescence.

La petite formation basse est elle même un polyadénome muciforme sans caractère de malignité.

Les ganglions prélevés sont indemnes de tout envahissement métastatique.

E/ - Traitement - Gastrectomie totale.

OBSERVATION XI - J. SENEQUE et Ch. CHATELIN

"Tumeur villeuse dégénérée" Journal de Chirurgie 1957 - tome 74, 221-230.

Homme de 73 ans entrant le 3 Mars 1957 à l'Hôpital Vaugirard pour meloena.

A/ - Clinique - Depuis 8 mois, il se plaignait d'éructations avec digestions lentes et pénibles. Parfois quelques diarrhées avec impression de faux besoins.

Pas de douleurs abdominales.

Pas de vomissements.

L'examen physique est normal, le toucher rectal ne montre rien.

Enfin le malade a fait la veille un meloena d'importance moyenne et présente une anémie évidente cliniquement.

Numération formule sanguine 4.030.000.

Réaction de Meyer : + + +.

B/ - Radiographies

Tumeur allongée transversalement de la région pylorique, à contours polycycliques, paraissant évoquer, avec quelques réserves l'idée d'une tumeur bénigne de l'estomac.

C/ - Gastr scopie

Elle met en évidence une tumeur villeuse sans pouvoir préciser sa nature histologique.

D/ - Anatomie pathologique

A l'intervention on trouve une masse mollasse, très mobile, sans aucune adénopathie.

A l'ouverture de l'estomac on remarque que cette masse est double, constituée par 2 formations de 6 centimètres sur trois, s'insérant par un pédicule sur la muqueuse de la face postérieure de l'estomac.

- Histologie :

Aspect villeux typique mais il y a un épithélioma cylindrique de la base des villosités, avec dissociation de la musculeuse.

E/ - Traitement, en 2 temps

Exérèse localisée, puis réintervention par gastrectomie type Pean, sur les résultats de l'examen histologique. Un nouvel examen de la muqueuse autour du pédicule, montrait encore quelques éléments néoplasiques.

OBSERVATION XII - Même référence que la précédente observation.

Femme de 57 ans entrant pour altération de l'état général avec troubles digestifs.

A/ - Clinique

Depuis de nombreuses années, elle présente des crises de sténose intermittente du pylore, avec vomissements sanglants. Ces crises, post prandiales, rares au début, sont maintenant très fréqu ntes. La malade a perdu 10 kilogrammes, et ne mange plus. Enfin ces vomissements précoces sont couleur marc de café, avec des traces rouges.

L'examen physique est normal, ne montrant même pas de signes de sténose.

B/ - Radiographie

On voit une masse polycyclique de la teinte d'une noix dans la région prépylorique. Elle est fixée sur la petite courbure où il existe une légère raideur locale.

C/ - Anatomie pathologique

Tumeur pédiculée et mobile. Infiltrante mais n'atteignant pas la séreuse, ni la musculeuse.

Il n'y a pas de métastases viscérales.

- Histologie :

Carcinome atypique où l'on trouve par place des aspects de tumeur villeuse non dégénérée.

Deux petits ganglions coronaires ne présentent que des lésions inflammatoires.

D/ - Traitement

Gastrectomie des deux tiers, en enlevant le grand épiploon.

OBSERVATION XIII - P. HILLEMAND et H. LEYMARIOS

"A propos d'un cas de tumeur villeuse de l'estomac"

Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Séance du 23 Janvier 1959 - 1 et 2 - pages 91-101.

Femme de 69 ans entrant pour altération de l'état général avec symptomatologie digestive.

A/ - Clinique

Depuis 4 mois, elle souffre de brûlures épigastriques post prandiales de type gastritiques avec gêne épigastrique sans rythme.

Amaigrissement sans anorexie.

Asthénie.

Pas de meloena évident bien que 2 numérations-formule sanguine successives aient montré 3.300.000 hématies, puis 2.700.000.

B/ - Radiologie

Lacune circulaire antrale, constante, encochant petite et grande courbure. Cette lésion sténosante paraît diaphragmer l'antre.

C/ - Gastroscopie

Elle montre d'une part une ulcération bourgeonnante du pilier antérieur de l'antre.

D'autre part, sur le second versant de ce même pilier, une végétation régulière, polypoïde d'aspect bénin.

D/ - Anatomie pathologique

1°/ La petite végétation polypeuse est une tumeur villeuse en voie de dégénérescence;

2°/ La lésion principale est un épithélioma lieberkuhnien végétant, d'un type banal.

Il infiltre toute la paroi y compris la séreuse, et un ganglion est pris de façon massive.

E/ - Traitement

Gastrectomie subtotale des deux tiers.

OBSERVATION XIV - A. MOLINIER et H. GRAU

"Tumeur villeuse gastrique avec métastases ganglionnaire et hépatique. Guérison apparente trois ans et demi après gastrectomie".

Bulletin et Mémoire de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris 1959. I et 2 page 170.

Homme de 67 ans, ayant un long passé digestif.

A/ - Clinique - Depuis 12 ans, il présente une diarrhée chronique sans caractères particuliers, soignés sans succès.

Depuis deux ans aggravation de cette diarrhée avec asthénie et amaigrissement de 18 kilogrammes.

Anémie monochrone à 3.600.000 hématies.

Radiographies du colon normales.

Quelques anibes en 1955 font instaurer, sans succès un traitement émétinien.

A l'examen physique, le malade blafard montre un oedème blanc et mou des membres inférieurs.

Le foie déborde de 3 travers de doigt.

Au moment où les auteurs voient ce malade, l'anémie est à 3.000.000. La vitesse de sédimentation accélérée, l'épreuve à la Bromo-sulfone-phtaléine perturbée. Il y a une hypo albuminémi globale.

Enfin le malade n'a jamais souffert de l'estomac et a toujours conservé un bon appétit.

B/ - Radiologie

Vaste image lacunaire antrale n'altérant pas la contractilité des parois, l'évacuation gastrique est normale.

Sous compression, elle paraît finement imprégnée de débris barytés.

C/ - Anatomie pathologique

Tumeur pédiculée, grosse comme le poing, implantée sur la petite courbure antrale. Elle évoque immédiatement le caractère villeux, et présente une ulcération en surface.

On trouve trois taches blanches sur le parenchyme hépatique, et il y a de nombreux ganglions.

Histologie :

Il s'agit d'une tumeur villeuse dégénérée, et tous les ganglions sont envahis.

D/ - Traitement et ses suites

Trois ans et demi après gastrectomie, le malade a repris douze kilogrammes, l'hémogramme est normal, mais le foie déborde encore les fausses côtes.

OBSERVATION XV - J. POULAIN (Bayeux)

"Tumeur villeuse de l'estomac". Présentée aux confrontations radio-anatomo-clinique de l'Hôpital Vaugirard et publiée dans la Presse Médicale 1959 tome 67 - N° 51.

Femme de 77 ans.

A/ - Clinique - Hématémèse et meloena ayant entrainé une anémie à 2.500.000 hématies, avec un taux d'hémoglobine de cinquante pour cent. Continuité des hémorragies.

B/ - Radiologie - Lacune bien limitée, associée à des déformations constantes de la petite courbure.

C/ - Anatomie pathologique

Deux tumeurs principales :

- une sur la petite courbure, c'est une tumeur villeuse bénigne entourée de nombreuses autres petites tumeurs secondaires, également bénignes.

- au niveau de l'antre, une tumeur villeuse dégénérée, avec adénopathie coronaire néoplasique.

D/ - Traitement - Gastrectomie des deux tiers

OBSERVATION XVI - J. BAUMEL

"Tumeur villeuse gastrique non dégénérée"

Archives des maladies de l'appareil digestif. 1960 - tome 49 - N° 12; 1711-1715.

A/ - Clinique

Ballonnements post-prandiaux depuis plus de 30 ans. Longtemps épisodiques, ils se sont aggravés depuis 1 an.

Il y a des renvois non acides.

Enfin il n'y a pas d'autres signes fonctionnels.

L'examen physique ne montre qu'une petite sensibilité de la fosse iliaque droite.

Il y a un léger oedème du membre inférieur à droite, où se trouve une plaie variqueuse ancienne.

Enfin il n'y a pas de signes d'anémie et les selles sont normales.

B/ - Radiographie

Sur une image lacunaire avec niche de la portion transversale de l'estomac, antérieurement, un traitement antiulcéreux avait été instauré sans succès.

De nouveaux clichés faits le 9 Décembre 1958, permettent de mettre en évidence, une image lacunaire de l'angulus à contours nets et réguliers et dont l'intérieur paraît plurilobé. Cette image occupe la plus grande partie de l'antre en décubitus ventral.

Le pylore, la zone pré-pylorique, la petite courbure verticale sont indemnes.

Les contours gastriques sont conservés même au niveau de la lacune.

L'estomac est mobile et l'aire duodénale n'est pas agrandie.

C/ - Gastroscopie

Volumineuse tumeur non ulcérée, à surface granitée, ne saignant pas, en plein antre en position Nord-Ouest.

D/ - Anatomie pathologique

Tumeur pédiculée, de siège antral volumineuse.

- Histologie : (Dr GUIBERT)

"Tumeur villeuse sans histologie ou cytologie de transformation maligne. Pédicule axes vasculaires et villosités sont indemnes. Il y a quelques cellules inflammatoires dans les axes conjonctivo-vasculaires". Ganglions normaux.

E/ - Traitement

Gastrectomie facile par suite de l'absence complète d'adhérence.

OBSERVATION XVII - J. MAGENDIE - J. LENG LEVY CASTAING - DESPRUNIERES - G. LASSALLE - A. PLANES et LA GOUARDE.

"Tumeur villeuse dégénérée de l'estomac chez un insuffisant respiratoire grave. Opération sous trachéotomie".

Compte rendu de la Société de Chirurgie de Bordeaux du 18 Mai 1961, dans la Presse Médicale 1961 page 1627.

Homme de 68 ans - emphysémateux grave.

A/ - Clinique

Syndrome d'anémie hypochrome sévère, chez un obèse emphysémateux.

B/ - Radiographie

Tumeur diffuse de la petite courbure, avec une grosse masse ronde, pédiculée, de cinq à six centimètres, de siège sus cardiaque au pôle supérieur de l'estomac.

C/ - Anatomie pathologique

Histologiquement, c'est une tumeur villeuse dégénérée, Elle est molle et diffuse, à implantation pédiculée.

D/ - Traitement

Exérèse localisée simple étant donné le mauvais état respiratoire.

OBSERVATION XVIII - Observation non publiée que nous devons à l'obligeance du Docteur J. DUBRAY VAUTRIN, de Dieppe :

Homme de 68 ans, hospitalisé pour anémie le 2 mars 1961.

A/ - Clinique

Ce malade présente un amaigrissement avec asthénie et anorexie. De plus on note une nette pâleur tégumentaire et il signale un essoufflement rapide. Il ne se plaint pas de troubles digestifs.

L'examen physique ne met en évidence qu'une légère sensibilité épigastrique.

B/ - Radiographies le 4 mars 1961

Tumeur allongée, présentant à sa partie moyenne une image lacunaire volumineuse, sans infiltration pariétale à distance.

C/ - Examens paracliniques

montrent une anémie à 2.590.000 hématies, une valeur globulaire à 0,76.

Les recherches de sang dans les selles sont positives.

D/ - Anatomie pathologique - volumineuse tumeur de la taille d'une mandarine, paraissant libre dans l'estomac.

- Histologiquement (Professeur LAUMONIER)

"Ce sont les caractères d'une tumeur villeuse de l'estomac, en cours d'évolution néoplasique. C'est un épithélioma purement végétant. Il est en effet remarquable que la sous-muqueuse et la musculaire muqueuse sont complètement respectées. C'est une tumeur purement exophytique, correspondant au moins dans ce territoire à un stade I".

E/ - Traitement : Gastrectomie des deux tiers.

Nous voyons que la grande majorité des observations que nous rapportons sont d'origine française. En dehors de l'étude de WALK il semble en effet que ce soit surtout en France que l'on s'est intéressé à ce sujet. En ce qui concerne la littérature médicale Allemande, la majorité des observations rapportées sont anciennes, et de plus l'imprécision de la terminologie employée nous a amené à les laisser de côté.

Dans l'étude clinique, radiologique et anatomique que nous allons aborder maintenant, nous nous référerons surtout aux observations que nous rapportons, ainsi qu'à la thèse de MARRE portant sur 24 cas, et à l'étude de WALK (1951) portant sur 51 cas. Rappelons que seules quatre de nos observations étaient connues de WALK (I-II-IV et V) et que d'autre part WALK inclu dans ses statistiques les résultats de MARRE (1942).

*

* *

E T U D E C L I N I Q U E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A/ - ETIOLOGIE

Il semble que le sexe des malades ne joue aucun rôle. Nous trouvons personnellement 5 femmes pour 11 hommes. Cependant MARRE cite 17 hommes contre seulement 7 femmes.

Il apparaît en échange que le maximum de fréquence par rapport à l'âge se situe entre 60 et 70 ans, soit 13 cas sur 19 en ce qui nous concerne. Bien que les proportions ne soient pas aussi nettes, MARRE et WALK trouvent également la même fréquence à ces âges. Le Docteur HILLEMAND dans sa publication de 1959 citée en fin de volume, place ce maximum entre 50 et 60 ans. A l'extrême, les deux auteurs précédents ont même rapporté des observations de tumeurs villeuses gastriques survenant avant 40 ans (un malade de 38 ans cité par WALK). Ceci est cependant rarissime.

B/ - CLINIQUE

Ce qui dans notre cas comme dans beaucoup d'autres frappe avant tout, c'est la grande latence clinique de ces tumeurs villeuses de l'estomac. Elles sont souvent de découverte fortuite, soit que le malade soit venu consulter pour autre chose, soit même qu'il s'agisse de cas d'autopsie.

Même lorsqu'il existe une symptomatologie digestive, elle est souvent des plus banales, se manifestant simplement par quelques pesanteurs épigastriques ou des digestions lentes. Ainsi nous avons les observations II - III - X - XI. Parfois il s'agira de brûlures d'estomac de type gastrique comme dans l'observation

XIII et le cas que nous rapportons. Dans deux cas ces douleurs pouvaient simuler assez exactement un épisode ulcéreux (cas I et VI). Enfin dans le cas XII il y avait un syndrome de sténose intermittente du pylore d'ailleurs fort ancien.

Parmi les signes fonctionnels, l'anorexie, sur laquelle insiste MARRE est effectivement assez souvent rencontrée, comme dans nos observations I-VI-X-XII-XVIII. Cependant elle est loin d'être constante, et en particulier, elle n'accompagne pas toujours un amaigrissement pouvant être très marqué (observations V-VI-X-XII-XIII-XIV-XVIII). Dans un cas rapporté par MONGES, MONGES et DEPIEDS, il y avait un amaigrissement de 18 kilogrammes. L'asthénie, également assez fréquente est notée dans les observations III-XI-XIV-XVIII. Cette chute de l'état général, avant amaigrissement et asthénie a été dans certains cas le seul signe ayant amené à faire pratiquer des examens complémentaires. La pâleur semble être le signe le plus constant (cas III-VI-VII-IX-XI-XIV-XV-XVII-XVIII), le seul dans plusieurs cas qui ait inquiété le malade et son entourage.

Cette pâleur s'accompagne le plus souvent d'une anémie à caractère généralement hypochrome. Cette anémie (observation personnelle V-VI-VII-VIII-IX-X-XI-XIII-XIV-XV-XVII-XVIII) est le plus souvent due à une spoliation sanguine par Meloena, ou hématénèse plus rarement, sinon toujours évidente, du moins décelée par la recherche du sang dans les selles (III-IV-VIII-IX-XI-XII-XV-XVIII, et cas de DELORD). MARRE considérait que cette anémie était due plus à l'achlorhydrie quasi constante qu'à la

perte d'hématies par hémorragies. Ce n'est pas l'avis de WALK, qui considère le facteur mécanique d'hémorragie comme prépondérant. Il semble bien, d'après les observations que nous rapportons que ceci soit exact, mais il faut néanmoins noter certains cas d'anémie sévère sans aucun melaena, même à des examens répétés. Selon WALK, en dehors de 19 % de selles noirâtres évidemment melaeniques, il note 75 % de melaena occulte, ce qui ferait un total de 94 % de selles plus ou moins sanglantes. Ceci paraît élevé, par rapport aux chiffres que nous trouvons se situant aux environs de 40 %. Mais il faut préciser que cette recherche n'a pas été faite dans tous les cas.

Les autres signes sont beaucoup plus inconstants, pour ne pas dire rares :

- les vomissements que nous retrouvons dans les cas XII et XVI, n'ont pas ce caractère hautement évocateur de vomissement glaireux, noté par MARRE. Cependant dans l'observation numéro XVI il s'agissait de renvois non acides, pouvant s'en rapprocher. Ils peuvent d'ailleurs être dus à une authentique sténose du pylore, intermittente comme dans le cas XII. Enfin on trouve rarement comme notre observation personnelle ou le cas VIII une légère sensibilité épigastrique.

Les signes physiques sont très généralement absents, et la tumeur abdominale palpable n'a été notée que dans l'observation de DAVIDOVITCH-POPOVITCH et PETKOVITCH en 1938, dans l'observation V de MARRE, et enfin chez un malade de BOTTICHES

en 1925, cité par WALK. Celui-ci semble cependant lui attribuer une certaine fréquence. L'hépatomégalie est plus fréquente, banale. Les adénopathies superficielles sont rarissimes, et l'on ne note pas de ganglion de TROISIER.

Tout ceci confirme donc l'absence de signes cliniques pathognonomiques. Encore convient-il de signaler que ces symptômes frustes sont souvent fort anciens, remontant à plusieurs années, et c'est seulement leur accentuation qui amène à faire pratiquer d'autres examens (voir les tableaux récapitulatifs).

SIGNES BIOLOGIQUES

Deux recherches permettront d'orienter le diagnostic ;

1°/ - la numération et formule sanguine, qui comme nous l'avons déjà vu mettra souvent en évidence une anémie nette, inférieure à 3.500.000 hématies, avec un taux d'hémoglobine que WALK estime inférieur à 41 % dans la moitié des cas.

2°/ - Le tubage gastrique pour évaluation du chimisme qui montrera une achlorhydrie presque constante. Signalons ici que WALK trouve 95 % d'achylie, ce qui correspond aux données de MARRE, bien que l'étude du premier auteur ne porte pas exclusivement sur des cancers villeux, ou même sur des formes en voie de dégénérescence.

TABLEAU I - Tumeurs villeuses gastriques dans les différents groupes d'âge

- Les chiffres entre parenthèse sont empruntés à WALK.

AGE	NOMBRE DE CAS		MALIN		BENIN	
31-40		(4)		(2)		(2)
41-50		(13)		(9)		(4)
51-60	5	(9)	4	(6)	1	(3)
61-70	13	(18)	8	(13)	5	(5)
71-80	2	(4)	2	(1)		(3)

TABLEAU II - Signes dominants ou remarquables

O étant le cas personnel (sur 19 cas étudiés)

Asthénie : 4 : III-IX-XIV-XVIII

Amaigrissement : 8 : V-VI-IX-XII-XIII-XIV-XVIII - O

Anorexie : 5 : I-VI-X-XII-XVIII

Gêne ou douleur épigastrique : 10

- Non définie : III-XI-XVI
- Pseudo ulcéreuse : I-VI
- Gêne au passage des aliments : II (cancer associé)
- Sténose du pylore : XII (intermittente)
- Brûlures : XIII - O

Pâleur : 10 : III-VI-VII-IX-XI-XIV-XV-XVII-XVIII - O

Anémie biologique : 13 : V-VI-VII-VIII-IX-X-XI-XIII-XIV-XV-XVII-XVIII - O

Meloena ou hématémèse : 9

Meloena évident : III-IX-XI

Meloena occulte : IV-XVIII (pas toujours cherché)

| | | |

Melaena et hématémèse (celles-ci étant souvent limitées à quelques vomissements plus ou moins sanglants) VIII-XII-XV

Diarrhées : 3 : V-XI-XIV.

Vomissements : 2 : XII (avec sténose par invagination de la tumeu
XVI (renvois non acides)

Sensibilité épigastrique : 2 : XVIII et 0

Masse épigastrique palpable : 0

TABLEAU III - Taille approximative en centimètre, et malignité comparée :

Le chiffre entre parenthèse est emprunté à WALK

TAILLE	NOMBRE DE CAS	MALIN	BENIN
1 - 2	1 (13)	1 (33 %)	
2 - 4	5 (23)	3 (48 %)	2
4 - 7	12 (20)	9 (80 %)	3
7 et plus	2 (12)	2 (75 %)	

TABLEAU IV - Ancienneté des premiers signes digestifs ou généraux

VIII-XV - quelques jours

V-VI-X-XIII - 4 à 6 mois

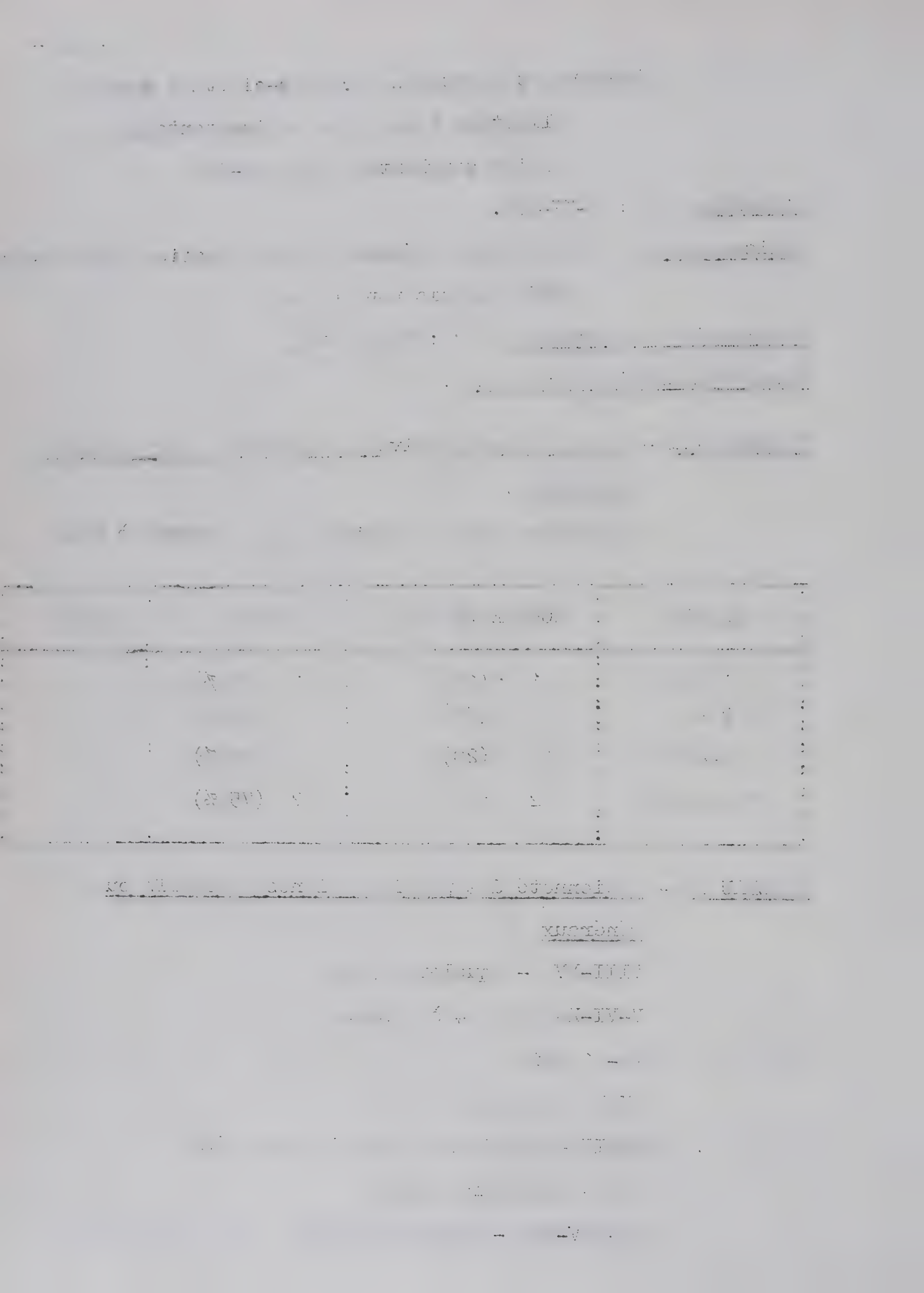
I - 1 mois

IX-XI - 8 mois

XVIII - plusieurs mois ainsi que III

XII - plusieurs années

IV-XIV-XVI - plus de 10 ans



C/ - GASTROSCOPIE

Nous avons ici quelques observations récentes, permettant de se faire une idée de la valeur de cet examen dans le diagnostic de tumeur villeuse gastrique, ce qui avait été impossible jusqu'à maintenant.

En ce qui concerne notre propre cas, la gastroscopie faite lors de la réhospitalisation en Novembre 1960 avait permis de prévoir une nouvelle extension du processus villeux, confirmée à l'intervention. Citons notamment MOUCHET-DEBRAY-DUPERRAT (cas II) où la gastroscopie n'avait permis d'observer que le néoplasme médio-gastrique associé.

- WALK (cas N° IV)

- UDAONDO, cité par WALK

- GOUDART, NEGRE et VERNHET (cas IX), cet examen ayant permis de mettre en évidence certains caractères particuliers mais non d'affirmer sa nature villeuse.

- SENEQUE et CHATELIN (cas XI) où l'on peut affirmer la tumeur villeuse mais non sa forme histologique.

- GOUDART, NEGRE et LOUBATIERE (cas X). La gastroscopie associée à la gastrobiopsie dirigée permet ici de porter un diagnostic certain de tumeur villeuse en voie de dégénérescence.

- HILLEMAND et LEYMARIOS (cas N° XIII) ont pu voir ainsi une ulcération néoplasique du pilier antérieur de l'antre associée à un bourgeon d'allure bénigne de l'autre versant de ce même pilier. Il s'agissait ici d'une très petite tumeur villeuse en voie de dégénérescence.

BAUMEL (N° XVI). Dans ce cas on a vu un aspect assez typique de tumeur villeuse, d'ailleurs bénigne.

La simple gastroscopie ne permet donc pas d'affirmer le type histologique de la tumeur, même quand l'examen est parfaitement réussi. Cependant, la gastrobiopsie sans jamais pouvoir garantir la bénignité pourra au moins apporter un diagnostic de malignité pré-opératoire, procédé infiniment supérieur à la biopsie extemporanée. L'examen gastroscopique a permis dans plusieurs cas de noter l'existence d'un exsudat crémeux, glaireux, qui serait assez caractéristique, recouvrant et dissimulant la surface de la tumeur, comme cela se produit au niveau des tumeurs villeuses recto-sigmoïdiennes.

*

* *

E T U D E R A D I O L O G I Q U E

Par leur aspect radiologique les tumeurs villeuses gastriques sont souvent trompeuses. L'image fait très souvent poser un diagnostic de tumeur gastrique bénigne, au moins dans les formes pédiculées.

En effet, on voit très souvent une lacune à bords assez nets, de grande taille. Plus rarement les bords sont flous et dégradés, donnant parfois une image en "mousse de savon". Cette lacune nettement limitée habituellement présente un aspect assez évocateur, polycyclique et polylobé, non seulement en ce qui concerne les limites externes, mais pour la surface même de la lacune. Cet aspect de lacune polycyclique à contours nets serait le plus caractéristique pour GUTMAN.

Il est extrêmement rare que l'on voit les digitations sur les clichés, ce qui naturellement ferait envisager d'emblée un diagnostic de tumeur végétante, et même si l'image est nette, de tumeur villeuse. Cet aspect frangé des contours se retrouve en particulier dans l'observation N° IX concernant une tumeur bénigne. Dans le cas N° XIV, l'image paraissait finement imprégnée de débris barytés sous compression. Il s'agissait ici d'une tumeur villeuse dégénérée.

Cette image simulant par ses limites nettes une tumeur bénigne se trouvait notamment dans les cas I-II_2-VI et IX qui se rapportaient tous à des formes dégénérées. Au contraire notre observation personnelle montrait radiologiquement une amputation marécageuse de l'antre ayant fait poser un diagnostic

radiologique de cancer végétant.

Le point sur lequel il faut semble-t-il insister particulièrement est l'opposition entre la surface de cette lacune volumineuse, et la souplesse intacte des parois gastriques au voisinage; ce que nous voyons dans les cas IX et XVI, ou il s'agit de tumeurs bénignes, mais aussi dans les observations X-XIV et XVIII concernant des tumeurs en voie de dégénérescence ou même des cancers villeux.

Il est cependant plus fréquent comme dans notre observation personnelle de noter une légère raideur localisée, n'altérant que peu ou pas la contractilité gastrique. Mais il faut encore insister sur cette souplesse des parois, dont les bords peuvent même à l'extrême se superposer, en restant visibles, à l'image lacunaire.

Pour terminer sur les caractères radiologiques, disons qu'il n'y a pas d'image radiologique de tumeur villeuse très évocatrice. Cependant, la souplesse des parois voisinant avec une lacune étendue peut y faire penser.

Nous avons donc vu que ni la clinique, ni la radiologie ne peuvent faire pour un diagnostic précis, puisque comme le souligne le Docteur HILLEMAND, "il n'y a pas de syndrome radio-clinique caractéristique".

C'est donc par les caractères anatomiques définissant précisément la tumeur villeuse gastrique que l'on pourra affirmer ce diagnostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A/ - ASPECT MACROSCOPIQUE

Si nous considérons d'abord le siège de ces tumeurs, nous les trouverons surtout au niveau de l'antre et de la petite courbure. Cependant ce n'est pas une règle absolue, et on peut en trouver dans la grosse tubérosité et la zone juste sous cardiale (Obs. I-II-VIII-IX-X). Il ne semble pas y avoir de relation entre le caractère bénin de ces tumeurs et leur siège d'implantation.

WALK dans son étude et MARRE dans sa thèse ont également trouvé une prédominance dans la zone antrale.

Ces tumeurs sont plus souvent sessiles que pédiculées selon MARRE et c'est effectivement le cas dans les observations qu'il rapporte. Cependant nous ne sommes pas arrivés au même résultat, et nous avons noté une large prédominance des formes pédiculées. Pratiquement tous les cas que nous rapportons concernent des tumeurs pédiculées sauf précisément notre observation personnelle. Il s'agit ici d'une tumeur villeuse étendue, en nappe, variété qui semble fort rare. De plus ces tumeurs en nappe semblent avoir un caractère bénin encore beaucoup plus exceptionnel que les formes pédiculées ou même sessiles limitées.

Enfin la tumeur elle-même se présente souvent comme une masse volumineuse, à la surface caractéristique en "chou-fleur", en "anémone de mer", de couleur plus rouge que la paroi saine. Elle est généralement molle et douce au toucher, n'infiltrant pas la paroi environnante qui demeure souple. Tout ceci explique la grande mobilité de ces néoformations, qui peuvent comme les

tumeurs pédiculées basses en général, s'invaginer dans le duodénum (observations V-VII-XII ainsi que deux cas de ROTHE et CHIARI cités par WALK).

Ajoutons qu'elles peuvent être multiples, et siéger dans des régions différentes : observation XV de S. POULAIN et publication de LE GAC (1947).

Nous voudrions terminer sur l'aspect macroscopique de ces tumeurs en notant quelques associations curieuses :

- soit tumeur villeuse plus cancer comme dans l'observation II de MOUCHET, DEBRAY, DUPERRAT, la tumeur villeuse étant ici bénigne. Nous reviendrons ultérieurement sur cette association, ainsi que sur la coexistence de tumeurs bénignes et de tumeurs en voie de dégénérescence.

- soit tumeur villeuse plus ulcère gastrique, comme dans la publication de FASSIO en 1954. Ceci semble d'ailleurs beaucoup moins intéressant.

Il faut ici remarquer que il n'a pas encore été publié d'observation de tumeurs villeuses multiples, telles que par exemple tumeur villeuse gastrique et tumeur villeuse recto sigmoïdienne ou vésicale, ou encore oesophagienne.

B/ - HISTOLOGIE

L'aspect des tumeurs villeuses est assez évocateur. Cependant il est des formes frustes, ou marquées, par un accolement ou même une abrasion des villosités, qui ne sont diagnostiquées que par un examen histologique complet.

L'aspect microscopique des tumeurs villeuses a été défini par les auteurs de la première publication (BRULE-CAIN-MOULONGUET-HILLEMAND et AUBRUN 1936). Le terme même de tumeur villeuse leur a été appliqué par analogie avec les tumeurs villeuses recto-sigmoïdiennes, étudiées par BENSAUDE et LAMBLING.

Comme ces dernières les tumeurs villeuses sont des formations végétantes très superficielles, soit pédiculées, soit sessiles, soit même diffuse, en nappe, comme nous l'avons déjà vu. Dans tous les cas, l'élément essentiel est la villosité. Celle-ci peut affecter deux types :

1/ Villosité régulière, typique, constituée d'un axe conjonctivo-vasculaire grêle, recouvert d'un épithélium cylindrique unistratifié, à noyau basal; c'est un épithélium de type intestinal, "très différent de l'épithélium de la villosité gastrique normale" (MOUTIER). Cet aspect d'épithélium a une assise cellulaire de type intestinal est donc très remarquable.

2/ La villosité irrégulière, au contraire, montre un axe conjonctivo-vasculaire réduit ou même absent, avec un épithélium pluri stratifié. A l'extrême, il s'agit de bourgeons cellulaires pleins, présentant des mitoses irrégulières ou monstrueuses.

La différence entre villosité régulière et irrégulière correspond donc à une différence nosologique : la villosité régulière caractériserait la forme bénigne, l'antre correspondant à une forme maligne. Cependant le caractère unicellulaire de l'assise épithéliale ne suffit pas à lui seul à assurer la bénignité.

En effet outre qu'il peut y avoir des anomalies cellulaires même dans la villosité régulière, la villosité repose sur un corps tumoral, que nous étudierons maintenant.

3/ Le strona, sur lequel se trouvent implantées les villosités est fibreux et vasculaire. Il est le siège d'une forte réaction inflammatoire, de type banal (lymphocytes, plasmocytes et polynucléaires) et dans les formes malignes, il est infiltré d'éléments néoplasiques, en boyaux ou sous formes de cellules disséminées. Cette infiltration est variable et dépend du degré d'extension locale.

4/ L'extension locale est généralement limitée dans les formes malignes elles-mêmes. Atteignant très rarement la séreuse, elle respecte même souvent la musculeuse voir la musculaire muqueae comme dans les observations X et XVIII, ainsi que notre cas personnel.

Il n'y a pratiquement jamais d'induration de la paroi au palper, ni d'adhérence.

5/ Les métastases enfin sont fort rares. S'il arrive assez souvent que l'on trouve une adénopathie péri gastrique plus ou moins importante, celle-ci est généralement banale. Mais il faut remarquer que sur les 19 observations que nous rapportons, il existait une adénopathie maligne portant sur au moins un ganglion dans 4 cas (II-XIII-XIV-XV). Les métastases viscérales sont tout à fait exceptionnelles, puisque dans toute la littérature, nous n'en relevons que quatre cas :

- une métastase cérébrale citée par WALK;
- un cancer secondaire du foie, cité par MARRE;

- des métastases multiples chez la malade de notre observation N° VIII;

- des métastases hépatiques dans le cas N° XV. Mais ceci n'est pas confirmé car le diagnostic de métastase hépatique semble avoir été porté sur l'aspect du foie, sans qu'il y ait eu de biopsie. Or le malade se portait bien 3 ans 1/2 après l'intervention et semblait même normal.

*

* *

Avant de traiter du pronostic et des indications opératoires, nous allons aborder la question des tumeurs villeuses bénignes, comparées aux tumeurs malignes, ce qui nous permettra d'envisager l'acte thérapeutique.

LES TUMEURS VILLEUSES BENIGNES

Ainsi que nous le mettrons en sous-titre, que faut-il penser des tumeurs villeuses gastriques bénignes ?

Cette question n'a jamais été tranchée, et nous n'avons pas la prétention de le faire ici. Nous voudrions néanmoins apporter quelques éléments permettant de les classer dans leur cadre nosologique vraisemblable, ne serait-ce que pour des raisons de pronostic.

1°/ Selon MARRE, défendant de la théorie uniciste, la filiation serait complète, partant de la tumeur villeuse bénigne pour aboutir au cancer villeux en passant par différents stades de tumeurs en voie de dégénérescence maligne. MARRE signalait d'ailleurs qu'il n'avançait là qu'une théorie logique, manquant d'observation de tumeur bénigne typique pour l'étayer.

2°/ Selon d'autres auteurs dont en particulier Messieurs MOUCHET, DEBRAY et DUPERRAT, ainsi que Messieurs GOUDART, NEGRE et LOUBATIERE, il y aurait une relation évolutive entre la tumeur villeuse bénigne et la tumeur en voie de dégénérescence maligne, pour peu qu'il reste un élément typique de villosité régulière. Il en excluerait donc le cancer villeux massif, qui pouvait alors correspondre au "cancer dendritique malin d'emblée du rectum" de LAMBLING.

3°/ Enfin pour le Docteur HILLEMAND et son école, n'auraient droit au nom de tumeur villeuse gastrique que les formes en voie de dégénérescence, les polypes villeux, bénins et les cancers villeux, malins, n'étant que des curiosités anatomiques sans relations entre elles. Dans cette dernière hypothèse, le cadre des tumeurs villeuses serait donc très étroit.

Disons tout de suite que nous croyons à la filiation entre tumeur bénigne et tumeur en voie de dégénérescence maligne. Pour le cancer villeux sans villosité régulière cela pourrait n'être qu'une question de degré, mais on ne peut rejeter la possibilité de cancer villeux d'emblée. Il faut noter en effet que la cancérisation détruit localement la structure villeuse. Par conséquent, il serait possible d'envisager que la cancérisation étant totale, non seulement il ne reste plus de villosités régulières, mais même qu'il ne reste plus de villosités du tout. MARRE avait beaucoup insisté dans sa thèse sur le caractère banal, atypique des zones dégénérées, qui prenait un aspect colloïde, muqueux ou glanduliforme, ceci dans la zone profonde, musculeuse et sous muqueuse. Quant à la muqueuse nous venons de voir qu'elle perd son caractère villeux. Tout ceci correspond naturellement à un stade avancé de dégénérescence.

Mais pour revenir à la filiation entre tumeur bénigne et tumeur en voie de dégénérescence, il semble y avoir de nombreux arguments, dont aucun n'est absolument probant, mais dont l'ensemble est des plus convaincants.

A/ - CLINIQUEMENT

1/ L'extraordinaire latence de ces tumeurs, qui lorsqu'elles sont découvertes ont déjà souvent un gros développement. Il est difficile d'admettre qu'un petit cancer superficiel et localisé sur une tumeur grosse comme le poing, puisse avoir le même âge que celle-ci. La phase latente correspondrait donc à la période bénigne, comme dans les observations V, X et XVIII en particulier, ainsi que notre cas personnel.

B/ - RADIOLOGIQUEMENT, la discordance entre ces tumeurs parfois énorme et la souplesse des parois, associée à une parfaite mobilité gastrique dans beaucoup de cas, tels les numéros VI, X et XIV.

C/ - ANATOMIQUEMENT, le peu d'extension locale, que nous avons signalé plus haut. La rareté ou l'absence des adénopathies et des métastases viscérales.

Il faut ici beaucoup insister sur les formes de passage histologique. Nous donnons au moins deux cas de tumeur villeuse certainement bénigne, ayant toutes deux été étudiées minutieusement et complètement dans leur aspect histologique (IX et XVI). D'un autre côté nous avons également rapporté des tumeurs en voie de dégénérescence étroitement localisées, tant en superficie qu'en profondeur, et dont l'aspect macroscopique était très comparable aux tumeurs bénignes précédentes. C'est le cas par exemple de l'observation X de GOUDART, NEGRE et LOUBATIERE, ou de l'observation XVIII du Docteur DUBRAY-VAUTRIN, considérée par l'histologiste (Professeur Agrégé LAUMONNIER) comme un cancer au stade I.

Rappelons encore l'observation XV de POULAIN, qui est particulièrement intéressante puisqu'il s'agit de tumeurs villeuses multiples, réparties en deux groupes principaux. Au niveau de la petite courbure il s'agissait de tumeurs villeuses bénignes. Au niveau de l'antre, la tumeur dégénérée avait cependant conservé une structure villeuse reconnaissable. Dans ce cas particulier il est difficile de ne pas voir une origine commune à ces différentes tumeurs, l'une étant restée bénigne.

Nous terminerons notre exposé sur l'argument histologique de filiation entre tumeur villeuse bénigne et tumeur dégénérée, en faisant quelques remarques sur notre cas personnel.

Après avoir rappelé qu'il s'agissait ici d'une tumeur en nappe, variété plus rare et vraisemblablement plus volontiers maligne. Nous noterons que la dégénérescence cancéreuse ne semblait pas évidente. Mais les deux examens contradictoires ayant été faits sur des pièces anatomiques différentes; il est impossible de trancher le débat. Cette difficulté qu'il y a parfois à affirmer la bénignité ou la malignité de ces néoplasies est telle que l'on a essayé de déterminer un critère objectif de malignité, ne faisant pas appel à une interprétation délicate de l'observateur. En effet, dans les formes débutantes des mitoses trop nombreuses ou des anomalies nucléaires ne sont pas toujours probantes. Le procédé physique qui semble le plus intéressant semble être l'histophotométrie du noyau permettant par un dosage de la charge en D.N.A. (acide désoxyribonucléique) d'étudier l'activité nucléaire. Nous n'insisterons pas sur cette technique encore à l'étude, mais qui semble prometteuse selon

Messieurs LAQUERRIERRE et LAUMONNIER, qui en France, l'ont plus particulièrement appliquée aux tumeurs rectales, surtout dans leurs formes villeuses.

D/ - L'ANALOGIE enfin, entre tumeur villeuse recto-sigmoïdienne et tumeur villeuse gastrique permet d'apporter un dernier argument en faveur de la filiation. Il est bien connu que les tumeurs rectales, d'abord bénignes mais dégénérant secondairement appartiennent à la même lignée. Or si ces néoformations se trouvent surtout à la partie basse de l'intestin, on en trouve également plus haut, et rien n'empêche de classer les tumeurs villeuses gastriques, très comparables par leur structure dans le même cadre nosologique.

E/ - LA REACTION VILLEUSE, considérée par certains comme une simple réaction autour du cancer ne peut guère se soutenir. En effet, outre les tumeurs de forme villeuse sans épithélioma associé, nous avons remarqué dans notre observation personnelle que lors de la réintervention il avait été trouvé une nouvelle extension du processus villeux sans aucun signe de dégénérescence, bien que l'histologiste ait eu en main la totalité de la pièce opératoire.

*

* *

P R O N O S T I C &

I N D I C A T I O N O P E R A T O I R E

La tumeur villeuse gastrique semble donc se présenter comme une "très mauvaise tumeur bénigne plus que comme un bon cancer". Si on la considère comme une tumeur bénigne au moins, à ses débuts, il parait inévitable qu'elle dégénère. Rappelons ici l'observation numéro VIII du Professeur Agrégé LOYGUE, où nous voyons une malade opérée en 1955 pour une tumeur villeuse semblant bénigne, présenter des métastases diffuses à la réintervention en 1960. Cependant il est permis d'envisager ici, bien que cela soit bien improbable, la survenue superposée d'un autre cancer.

Dans les formes dégénérées, tout le monde a insisté sur la rareté des métastases, la lenteur de l'évolution, le peu d'extension locale, permettant généralement de porter un pronostic assez favorable. Comment faut-il donc intervenir ?

INDICATION THERAPEUTIQUE

En étudiant les traitements proposés, dans les différents cas nous décomptons :

- trois gastrectomies totales : II-X et notre cas personnel où l'on a pratiqué l'opération en 2 temps, en commençant par une résection simple.

- dix gastrectomies subtotales généralement aux deux tiers type Pean : I-IV-V-XI (où on avait commencé par une exérèse localisée). XII-XIII-XIV-XV-XVI- et XVIII.

- une résection segmentaire : VII, mais le mauvais état général du malade a empêché de pratiquer la gastrectomie des 2/3 qui aurait été nécessaire.

- cinq résections simples de la tumeur avec son pédicule : III-VI-VIII (tumeur bénigne) IX (tumeur bénigne) et XVII. Dans les cas VI et XVII le terrain défavorable a encore interdit la gastrectomie élargie envisagée. Nous trouvons donc dix gastrectomies des deux tiers, et il aurait fallu en faire treize. Bien qu'il n'y ait évidemment pas de geste thérapeutique de routine, il semble effectivement que ce soit l'indication habituelle. Il est certain que étant donné le haut potentiel dégénératif des tumeurs villeuses, il vaut mieux intervenir largement quand on le peut, pour éviter une réintervention sur un sujet débilité et fragile.

L'exérèse totale de l'estomac n'est qu'une indication de nécessité, soit par suite de l'extension locale de la tumeur, soit parce qu'il s'agit de formes multiples ou associées (LEGAC 1947).

La résection simple semble à déconseiller, même lorsqu'il s'agit d'une forme évidemment bénigne, et il vaudra mieux dans ces cas recourir à des amputations segmentaires, assez peu mutilantes et certainement meilleures pour l'avenir. Enfin dans certains cas, lorsque le siège le permet, on a recours à des interventions localisées. Polaire supérieure, cunéiforme partielle, ou médiogastrique comme dans le cas de JOYEUX en 1947.

Disons encore pour terminer que le mieux est de recourir à la gastrectomie des 2/3.

*

* *

C O N C L U S I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Les tumeurs villeuses gastriques restent rares, mais l'attention ayant été attirée sur elles, les observations se font plus nombreuses et surtout on commence à avoir des pièces opératoires de formes bénignes.

1/ - Cliniquement elles restent très longtemps latentes, et survenant à un âge assez avancé, elles peuvent passer inaperçues. Leur symptomatologie est à la fois fruste et polymorphe :

- le plus souvent simple altération de l'état général;
- lorsqu'il y a des signes fonctionnels digestifs ils n'ont rien de caractéristique;
- la pâleur est le signe le plus constant à l'examen, et elle est généralement due à une anémie de type hypochrome;
- une accentuation nette et subite des signes cliniques doit faire redouter une transformation maligne.

2/ - L'aspect radiologique est frappant par le contraste que l'on note entre une lacune souvent très volumineuse et des parois gastriques souples, que l'on peut parfois suivre sur la surface lacunaire elle-même.

3/ - La gastroscopie permet seulement dans certains cas de noter le caractère villeux de la tumeur; seule une gastro-biopsie dirigée positive autorisera à affirmer la malignité avant toute intervention, mais non la bénignité.

4/ - Par son aspect macroscopique cette grosse tumeur nobile est suffisamment évocatrice dans sa forme typique;

- la frange villeuse en est l'élément caractéristique du point de vue histologique;

- les métastases ganglionnaires et viscérales sont rares dans les formes dégénérées elles-mêmes;

5/ Il semble que l'on puisse placer dans le même cadre histologique les formes bénignes et les tumeurs en voie de dégénérescence maligne; cette dernière variété serait limitée aux tumeurs comportant encore des restes de villosités régulières.

6/ L'évolution bien que très lente se faisant habituellement vers la cancérisation, il conviendra toujours d'opérer par gastrectomie. Le plus souvent, la gastrectomie partielle habituellement des deux tiers sera suffisant puisque la région antrale et la petite courbure sont le siège électif de ces néoformations.

VU, le Doyen,

BINET

VU, le Président,

DEBRAY

VU, le Recteur,

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

classée par ordre chronologique.

1 - CORN'L - Notes sur 2 observations de polypes muqueux de l'estomac. Gazette des Hôpitaux de Paris 37 - 77,79 (1864).

2 - ALIN E. - Adénopapilloma ventriculi Upsala Läkeref förh - 19 - 177,181 (1883,1884).

3 - CHIARI H. - Über intersusception des Magens - Prag. Med. Wchnschr. 13 - 221,223 (1888).

4 - SKLIFFOSOWSKY P. - Uber gutartige papilläre Geschwÿlste der Magen Schleimhaut - Virchows Arch. f. path. Anat. 153 - 138,138 (1898).

5 - WATANABE R. - Uber gutartige papilläre geschwÿlste des Mager Scheimhaut - Arch. f. Verdauungskr 7 - 15,27 (1901).

6 - VERSE M. - Uber die entschung den Bau und das Wachstum der Polypen, Adenom un Karzinome des Magen Darm-Kanals Arbeiten ans den pathologischen. Institut Leipzig 1908 vol. I part. 5.

7 - HEINZ H. - Uber Prolyposis ventriculi - Beitr. zur Klinisch. 93, 228,250 (1914).

8 - ROSENBACH et DISQUE Jr. - Die Adenomatose des Magens und Ihre Beziehung zum Karcinom - Arch. f. Klin. Chirur. 124, 28,48 (1923).

9 - BÖTTICHER - Magenpapillom - Med. Klin. 21, 488 (1925).

10 - BORRMANN R. - Geschwulste des Magens, dans Henke et Lubarsch Handbuch des Speziellen pathologischen Anatomic und Histologie vol. 4 p. 1 - Berlin - Springer verlag 1926.

11 - SCHULTZE F. - Zur diagnose des gutartigen - Solitären Magenspapilloms - Arch. f. Klin. Chirurg. 139 - 198, 203 (1926).

12 - BRUNN H . et HEARL F. - Diffuse gastric polyposis - Adenopapillomatosis gastrica - Surg. gyn, and Obst. 43, 559-598 (1926).

13 - ERDELYI J. - Papilläre des Mageus - Fortsch a d.geb.d Röntgen strahlen 37 - 172,174 (1928).

14 - MILLER, ELIASON et WRIGHT - Cacino natous degeneration of polyp of the stomach. A.M.A. Arch. of Int. Med. 46 - 841,878 (1930).

15 - KORCHOW W.J. - Zur Frage des multiplen Papillar geschwülste des Magens. Arch. f. Klin. Chir. 176, 735-743 (1923).

16 - CALO A. - Contribution à l'étude des poly adénomes gastriques.
Arch. des Mal. App. Digestif 24-235,273 (1934).

17 - CHRISTOFFERSEN N.R. - Anémie pernicieuse survenue après ablation d'un adénome de l'estomac. Acta Méd. Scandinavica (Suppl.) 59 - 163,172 (1934).

18 - RIVIERE V. - Adénome gastrique et dégénérescence maligne. Thèse d'Alger 1935.

19 - BRULE, CAIN, MOULONGUET, HILLEMAND et AUBRUN - Les tumeurs villeuses de l'estomac. La Presse Médicale Nº 24 - 21 Mars 1936.

20 - CAIN et CATTAN - Etude d'un cas de tumeur villeuse de l'estomac. Arch. des Mal. App. Digestif 27 Nº 10-1009, 1024 (1937).

21 - CHARRIER, GUTMAN et BERTRAND - Un cas de tumeur villeuse de l'estomac. Arch. des Mal. App. Digestif 28, N° 9 998,1001 (1938).

22 - KONJETZNY G.E. - Der Magenkrebs Stuttgart Ferdinand Enke 1938.

23 - DAVIDOVITCH, POPOVITCH, PETKOVITCH - Tumeurs villeuses de l'estomac. Arch. Mal. App. Digestif 30 N° 1-2-10, 24 (1941).

24 - ROTHE H. - Uber einen weiteren Fall von gastroduodenale invagination bei polyposis venticuli - Röntgenpraxis 13 - 104, 107 (1941).

25 - VOGT A. - Gleichzeitiges Auffreten einen nalignen Magen - polypen mit invagination in das Duodenum und eines Magen-Karginoms - Röntgen. praxis 13 - 409,414 (1941).

26 - MARRE P. - Contribution à l'étude des tumeurs villeuses de l'estomac. Thèse de Paris (1942).

27 - MOULONGUET P. - Tumeurs villeuses de l'estomac. Arch. des Mal. de l'App. Digestif 244,248 (1942).

28 - PIQUET et DESBIEZ - Tumeurs villeuses de l'estomac. Lyon Médical - bol 167-46,47 (1942).

29 - UDAONDO, CABANNE et PEDACE - Polipo velloso del estonago Prensa Medica Argentina 31 - 1914, 1917 (1944).

30 - RACHET, HUSSON, MORIN et REY - A propos d'un cas de cancer villeux de l'estomac. Arch. des Mal. de l'App. digestif 231, 233 (1946).

31 - IKLE A. - Beitraf zur klinik und Pathologie der Papillären Schlein hautgeschwülste des Magens (Magen papillone) Helvetica Chir. acta 14 - 435,461 (1947).

32 - JOYEUX R. - Anémie grave par tumeur villeuse médiogastrique en voie de dégénérescence maligne. Mémoires de l'Académie de Chir. 25,30 (1947).

33 - LE .AC P. - Un cas de tumeur villeuse de l'estonac traité par gastrectonie totale. Bull. et Ménoire de la Soc. des Chir. de Paris 184, 186 (1948).

34 - MOUCHET, DEBRAY Ch., DUPERRAT - Tumeur villeuse bénigne de l'estonac chez un sujet porteur d'un néoplasme médiogastrique. Arch. des Mal. de l'App. Digestif 266-273 (1949).

35 - BERT P. - Tumeur villeuse de l'estonac. Acta Chirurgica Belga 49 - 902,905 (1950).

36 - WALK L. - Villous tumours of the stonach; clinical review and report of two cases. A.M.A. Arch. of Int. Med. 87, 560,569 (Avril 1951).

37 - MONGES J., MONGES H. et DEPIEDS R. - Tumeur villeuse bénigne de l'antre associée à un cancer de la grosse tubérosité. Arch. des Mal. de l'App. Digestif 250,244 (1951).

38 - DELORD P. - Un cas de tumeur villeuse gastrique. Arch. Mal. App. Digestif 1044-1046 (1951).

39 - LEGER L. et KANONI F. - Tumeur villeuse de l'estonac; le dilemne des tumeurs pédiculées du tractus digestif. Arch. Mal. App. Digestif 42, N° 9-10 (1953).

40 - FASSIO - Tumeur villeuse de l'antre, associée à un ulcère de la face postérieure. Arch. Mal. App. Digestif 1009 (1954).

41 - NEGRE, GOUDART et VERNHET - Tumeur villeuse gastrique bénigne. Montpellier chirurgical Nº 10 - 19,25 (1956).

42 - SENEQUE et CHATELIN - Tumeur villeuse dégénérée de l'estomac. Journal de Chirurgie 221-230 (1957).

43 - GOUDART, NEGRE et LOUBATIERES - Tumeur villeuse en voie de dégénérescence étroitement localisée; diagnostic pré-opératoire par gastrobiopsie dirigée. Arch. Mal. App. Digestif Nº 1, 36,43 (1957).

44 - POULAIN - Tumeur villeuse de l'estomac. La Presse Médicale Nº 37 (1958).

45 - HILLEMAND P. et LEYMARIOS J. - A propos d'un cas de tumeur villeuse de l'estomac. Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris 75, 91, 101 (1959).

46 - MOLINIER et GRAU - Tumeur villeuse gastrique avec métastases ganglionnaires et hépatiques. Guérison apparente 3 ans 1/2 après gastrectomie. Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris 170-172 (1959).

47 - BAUMEL J. - Sur un cas de tumeur villeuse bénigne. Arch. Mal. App. Digestif 1711 (1960 décembre).

-:-:-:-:-